

Originalia

Maya Zumstein-Shaha* und Judith Alder

Welche Fachpersonen zeigen sich in der Literatur zuständig für die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose?

Which professionals – according to the literature – are responsible for the spiritual needs of patients with a recent cancer diagnosis?

<https://doi.org/10.1515/spircare-2018-0017>

Zusammenfassung: Spiritualität und Spiritual Care sind vielfach diskutiert im Gesundheitswesen. Einerseits fördern die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation WHO die zunehmende Visibilität. Andererseits ist Spiritual Care in den Kompetenzkatalogen für die Ausbildung von ärztlichen und pflegerischen Fachpersonen verankert. Jedoch bestehen konkurrenzierende Definitionen zu Spiritualität und Spiritual Care. Außerdem spielen Spiritualität und Spiritual Care bei chronischen und anderen lebensbedrohlichen Erkrankungen vor allem am Lebensende eine Hauptrolle. Ziel dieser Arbeit ist es, die Bedeutsamkeit von Spiritualität und Spiritual Care für Menschen mit einer neuen Krebsdiagnose basierend auf einer Literaturübersicht darzustellen.

Bereits mit der Krebsdiagnose wird Spiritualität für die Mehrheit der Betroffenen wichtig. Aufgrund der existenziellen Bedrohung durch die Krebserkrankung stellen sich Fragen zum Lebenssinn. Auf spirituelle Anliegen wird kaum eingegangen. Dabei wird das Wohlbefinden eingeschränkt oder es können sich Reaktionen bis zu Distress oder Hader einstellen. Bei spirituellen Anliegen kann Spiritual Care passende Antworten bieten und zur Erhaltung oder Förderung des Wohlbefindens beitragen. Es ist daher wichtig, dass bei Menschen mit einer neuen Krebserkrankung die spirituellen Bedürfnisse frühzeitig erhoben werden. Alle involvierten Fachpersonen sind aufgefordert, die spirituellen Bedürfnisse zu erfassen. Basierend auf diesen Angaben können schließlich passende unterstüt-

zende Spiritual Care Maßnahmen sowie Überweisungen an spezialisierte Fachpersonen angeboten werden.

Schlüsselwörter: Spiritualität, Spiritual Care, Krebs, neue Diagnose, Fachpersonen

Abstract: Spirituality and spiritual care are often discussed in healthcare. On the one hand, the requirements formulated by the World Health Organisation WHO promote increasing visibility. On the other hand, spiritual care has been adopted into competency catalogues for the education of medical and nursing professionals. However, rivaling definitions exist for both, spirituality and spiritual care. In addition, spirituality and spiritual care are predominantly important at the end of life. This paper aims at describing the significance of spirituality and spiritual care for persons with a new cancer diagnosis by drawing on literature.

As early as cancer is diagnosed, spirituality becomes important for the majority of the persons concerned. Due to the existential threat of cancer there are questions about meaning of life. Spiritual needs are hardly addressed. However, well-being can be impaired or there can be reactions such as distress or struggle. In view of spiritual needs, spiritual care can provide adequate answers and contribute to maintenance or improvement of well-being. It is, therefore, essential that spiritual needs are identified as early as possible in persons with a recent cancer diagnosis. All healthcare professionals involved are asked to assess for spiritual needs. Based on these findings, appropriate spiritual care interventions or referrals to specialised professionals may be offered.

Keywords: Spirituality, spiritual care, cancer, initial diagnosis, health care professionals

*Korrespondenzautorin: Maya Zumstein-Shaha, Bern,
E-Mail: maya.zumsteinshaha@bfh.ch
Judith Alder

Einleitung

Die Mortalitätsraten von Krebs sind sinkend. Damit gilt Krebs nicht mehr länger als tödliche, sondern als chronische Erkrankung (WHO 2018). Neben physischen Auswirkungen der Erkrankung sowie deren Therapie, erleben Patientinnen und Patienten mit Krebs existenzielle Herausforderungen. Entsprechend spielen existenzielle Fragestellungen sowie Spiritualität eine wichtige Rolle. Existenzielle Herausforderungen beinhalten unter anderem Begutachten und kritisches Hinterfragen des Lebenssinns (Westman et al. 2006; Henoch & Danielson 2009; Leung & Esplen 2010; Alder et al. 2011; Puchalski 2012; Wallace 2013; Baker et al. 2016; Zumstein-Shaha & Cox 2017).

Dank der rasanten Entwicklung der Palliativmedizin und Palliativpflege sowie der Fokussierung auf die Personenzentriertheit und Ganzheitlichkeit hat die Bedeutung von Spiritualität im Umgang mit chronischen Erkrankungen zugenommen (Belcher & Griffiths 2005; Piderman et al. 2015; Hess 2017). Die Vorgaben der Weltgesundheitsorganisation zur Versorgung im Gesundheitswesen hat die Bedeutung von Spiritualität weiter gefördert (Peng-Keller 2016; Frick & Peng-Keller 2017).

Die Rolle von Spiritualität bei Patientinnen und Patienten mit Krebs ist weltweit bereits gut untersucht (Puchalski 2012; PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board 2018). Besonders viele Hinweise existieren zur Bedeutsamkeit von Spiritualität am Lebensende bei Personen mit Krebserkrankungen (Balboni et al. 2017; Steinhauser et al. 2017). Hingegen bestehen Wissenslücken sowie Unklarheiten zur Rolle von Spiritualität bei Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose, die am Beginn der Krebsbehandlung stehen. Dass dieser Bereich wenig bekannt ist, erstaunt. Die Diagnosestellung sowie der Beginn der Krebsbehandlung wird als physisch, psychisch und existenziell stark herausfordernde Situation beschrieben. Patientinnen und Patienten müssen versuchen, sich einerseits mit der neuen Lebenssituation auch in Zusammenhang mit der Familie auseinanderzusetzen, den Anforderungen der Krankheit und Behandlung sowie den damit verbundenen Einschränkungen auf das Leben zu begegnen (Shiu et al. 2012; Zumstein-Shaha & Cox 2017). Auch wenn die Rolle der Fachpersonen in Bezug auf die Diagnosestellung und Behandlung klar ist, sind ihre Aufgaben bezüglich der spirituellen Anliegen der Patientinnen und Patienten unscharf. Um hier Hilfestellung zu erhalten, ist es interessant, die bestehende Literatur zu diesem Thema zu untersuchen. Basierend auf diesen Angaben können Hinweise für Aufgaben der verschiedenen Fachpersonen in Bezug auf die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose identifiziert

werden. Solche Hinweise sind umso wichtiger, als die Task Force Spiritual Care, die von palliative.ch Schweiz ins Leben gerufen wurde, soeben eine Guideline zu diesem Thema fertig gestellt hat (palliative.ch 2018).

Spiritualität

Zunächst ist es wichtig, den Begriff der Spiritualität zu besprechen. In der Pflegewissenschaft, aber auch in anderen Wissenschaften, bestehen unterschiedliche Definitionen zu Spiritualität (Jobin 2012; Reinert & Koenig 2013; Weathers et al. 2016). Mehrheitlich sind zwei Strömungen auszumachen. Einerseits wird Spiritualität als Sinnfindung, Suche nach und Finden von Ziel und Zweck im Leben oder einen inneren Frieden gesehen. Andererseits wird Spiritualität mit dem Göttlichen oder Allmächtigen oder einer anderen umfassenden leitenden Macht und darüber hinaus verbunden (Gaillard Desmedt & Shaha 2013; Reinert & Koenig 2013; Weathers et al. 2016). Spiritualität kann sowohl in gegebenen, formellen Strukturen, wie beispielsweise Kirchen, als auch in wenig formellen, anderen Umgebungen gelebt werden (Steinhauser et al. 2017).

Sinnfindung als zentrales Element der Definition von Spiritualität und somit Loslösung vom Bezug zu einer höheren Macht beinhaltet die Möglichkeit, für andere Bereiche als der Theologie oder den Vorstellungen und Werten von Glaubensrichtungen offen zu sein (Hess 2017). Diese Unterscheidung ist in den letzten Jahren entstanden (Steinhauser et al. 2017). Während eine Orientierungslosigkeit bezüglich des eigenen Lebenssinns und der Sinnfindung auch ein Symptom von einzelnen psychischen Störungen sein kann (Reinert & Koenig 2013), wird in der Psychoonkologie über eine Differenzierung von depressiven Störungen und dem sogenannten Demoralisierungssyndrom (Kissane 2000, 2001) diskutiert. Dabei unterscheiden sich die beiden Zustände vor allem darin, dass bei demoralisierten Patientinnen und Patienten der Verlust an Sinnhaftigkeit, Werten und Hoffnungslosigkeit im Vordergrund stehen, während die Genussfähigkeit im Moment, das Interesse und die kognitive Leistungsfähigkeit, die bei Depressionen eingeschränkt sind, vorhanden bleiben (Mühlstein & Riese 2013).

Das Bedürfnis, Schwierigkeiten und Leiden hinter sich zu lassen, ist zutiefst menschlich (Kellehear 2000). Daraus ergibt sich ein multidimensionales Modell der spirituellen Bedürfnisse, dessen Hauptelemente situationsspezifische Bedürfnisse sind, biografische und moralische Bedürfnisse sowie religiöse Bedürfnisse (Kellehear 2000). Je nach Person, Geschichte und Leben dieser Person sowie der jeweiligen Situation ergeben sich unterschiedliche Aus-

prägungen in diesen drei Hauptaspekten. Bedürfnisse können einerseits Wünsche beinhalten, andererseits aber auch Hinweise auf mögliche Herausforderungen, die überwunden werden sollen. Letzteres ist ein Wunsch nach Transzendenz, dessen Stärke sich aus der jeweiligen Ausprägung ergibt. Situationsbezogene Bedürfnisse können beispielsweise entstehen aufgrund einer neuen Krebsdiagnose sowie den damit verbundenen Symptomen. Biografisch-moralische Bedürfnisse ergeben sich aus der Geschichte einer Person und deren Haltungen. Diese Bedürfnisse können religiös-bedingte Handlungen wie Gebete einschließen sowie den Wunsch nach einem gewissen Abschluss oder der Suche nach innerem Frieden. Schließlich beinhalten religiöse Bedürfnisse entsprechend geprägte Erfahrungen, Traditionen und kulturelle Gegebenheiten einer Person. Diese Art der Bedürfnisse können sich manifestieren in einer gesundheitlich herausfordernden Situation wie beispielsweise die Diagnose Krebs. In diesem Teil des Modells finden sich auch die Beziehung zu Gott oder einer höheren Macht. Kellehear (2000) beurteilt jedoch kritisch, dass der Begriff „Gott“ kaum klar deklariert wird oder mit einem Euphemismus ersetzt wird wie „höhere Macht“. Im vorliegenden Artikel werden – wenn möglich – beide Begriffe (Gott sowie höhere Macht) verwendet, um einerseits die christlichen Traditionen zu wahren wie auch andere religiöse Traditionen einzuschließen.

In ihrer Konzeptanalyse, die aus Sicht der Pflegewissenschaft entwickelt wurde, identifizieren Weathers et al. (2016) drei Hauptelemente von Spiritualität, nämlich „Verbundenheit“ (in Englisch: *connectedness*), „Transendenzen“ (in Englisch: *transcendences*) sowie „Sinnfindung im Leben“ (in Englisch: *meaning in life*). Mit dem Begriff „Verbundenheit“ wird darauf verwiesen, dass Menschen sich in irgendeiner Form verbunden fühlen mit sich, anderen, der Umgebung, der Natur und/oder zu einer höheren Macht. Letzterer Begriff wird erweitert um Gott oder ein anderes überirdisches Wesen (Weathers et al. 2016: 83). Der Begriff „Transendenzen“ verweist auf die menschliche Fähigkeit, über sich hinauszuwachsen. Die Beschränkung einer Situation kann überwunden werden und Menschen können darüber hinaussehen (Weathers et al. 2016: 91). Schließlich verweist der Begriff „Sinnfindung im Leben“ auf die menschliche Fähigkeit, für das eigene Leben einen Sinn, ein Ziel zu identifizieren. Es geht darum, dass Menschen ihrem Leben Bedeutsamkeit zuordnen können, wenn auch widrige Umstände bestehen wie beispielsweise eine lebensbedrohliche Erkrankung. Diese drei von Weathers et al. (2016) identifizierten Hauptelemente können in Bezug zum Modell von Kellehear (2000) gesetzt werden. Jedoch wird der klare religiöse Bezug, den Kellehear (2000) fordert, ausgelassen. Basierend auf der syste-

matischen Literaturübersicht schlussfolgern Weathers et al. (2016: 93, freie Übersetzung), dass „Spiritualität eine Art zu leben ist, die Verbundenheit mit sich, anderen, der Natur und/oder Umgebung und/oder einer höheren Macht beinhaltet, in der ein Lebenssinn identifiziert werden kann sowie Menschen über sich, den Alltag und/oder das Leiden hinauswachsen können“. „Spirituality is a way of being in the world in which a person feels a sense of connectedness to self, others, and/or a higher power or nature; a sense of meaning in life; and transcendence beyond self, everyday living, and suffering“ (Weathers et al. 2016: 93). Diese Definition vereinigt sowohl den Aspekt der Sinnfindung als auch den Bezug zu einer höheren Macht. Entsprechend trägt sie der Breite von Spiritualität Rechnung und wird als Grundlage für den vorliegenden Text verwendet. Diese Definition wird insbesondere auch für den vorliegenden Text favorisiert, da sie über den ausschließlichen Bezug zur religiösen Form der Spiritualität, die auch mit Kirchen in Verbindung gebracht wird, hinausgeht.

Spiritualität ist ein intimer, persönlicher Aspekt des menschlichen Lebens und weist eine hohe interindividuelle qualitative und quantitative Varianz auf. Dazu gehört, dass jeder Mensch seine eigenen Möglichkeiten aussucht (Weathers et al. 2016) und sich von anderen in Bezug auf sein persönliches Wachstum, Reflexion oder spirituelle Entwicklung unterscheidet (Visser et al. 2010). Spiritualität gründet in Glaubenssystemen, die beispielsweise auf Gott basieren, oder atheistisch sind oder sich auf noch etwas anderes beziehen (Hocker et al. 2014; Weathers et al. 2016). Für einige Menschen sind Spiritualität und Religiosität dasselbe (Gordon & Mitchell 2004; Cook et al. 2012). Für andere ist Spiritualität unabhängig von Konfessionszugehörigkeit (Roos 2012; Gaillard Desmedt 2013; Ballif 2015). Begriffe wie „Lebensatem“ oder auch „Suche nach innerem Frieden“ werden in diesem Zusammenhang verwendet (Corn et al. 2012; Gaillard Desmedt & Shaha 2013; Reinert & Koenig 2013).

Die Menschen sind für das eigene Leben verantwortlich, ebenso für die damit verbundene Geisteshaltung. Mit dem Auftreten einer schwerwiegenden Erkrankung und der damit verbundenen Bewusstwerdung des Todes unterstreicht die Bedeutsamkeit der Spiritualität für die Menschen (Weathers et al. 2016). Eine Mehrheit von Patientinnen und Patienten mit Krebs geben spirituelle Bedürfnisse als Ausdruck von Spiritualität (Ledger 2005; Hocker et al. 2014). In der Schweiz geben mehr als die Hälfte der Hausärzte an, dass Spiritualität in der Betreuung der Patientinnen und Patienten eine wichtige Rolle spielt (Peng-Keller 2016). Die spirituellen Bedürfnisse von Patientinnen und Patienten mit Krebs treten oftmals bereits zu Beginn der Erkrankung bei der Konfrontation mit dem Lebensende

auf, sogar wenn ein kurativer Behandlungsansatz verfolgt werden kann. Sie nehmen im Verlauf der Krankheit zu (Lee & Loisele 2012; Roos 2012; Gaillard Desmedt 2013; Ballif 2015; Beernaert et al. 2016). Jedoch ist die Datenlage zu Spiritualität im Verlauf der Erkrankung Krebs dürftig (Hocker et al. 2014).

Spirituelle Anliegen bei Patientinnen und Patienten mit einer neu diagnostizierten Krebserkrankung

Dazu wurde eine systematische Literatursuche in der Datenbank Medline mit den Begriffen „Spiritualität“, „spirituelle Therapien“ und „Krebs“ durchgeführt.

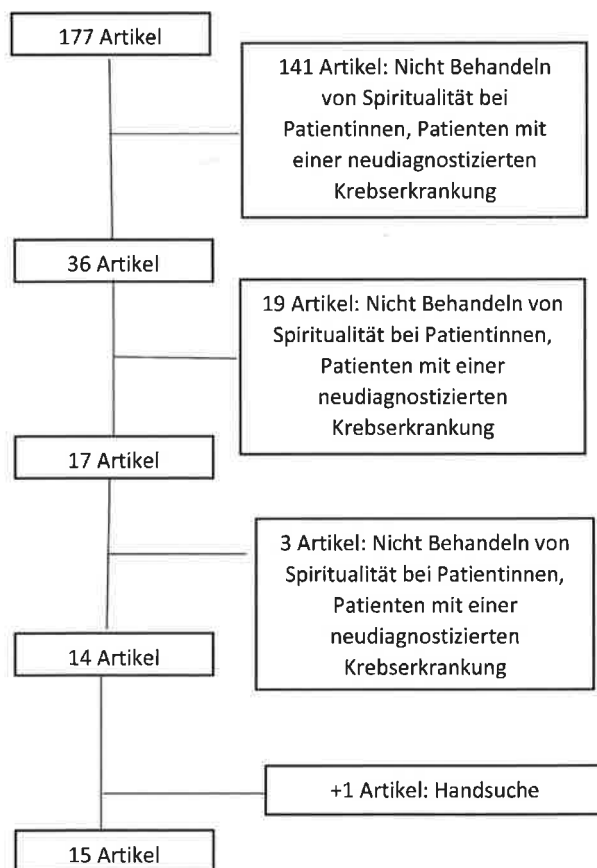


Abbildung 1: Flussdiagramm zur Medline-Suche

Die Mehrheit (n=7) der gefundenen Artikel stammen von Autorinnen und Autoren aus den Vereinigten Staaten. Be-

reits drei Artikel wurden von Autorinnen und Autoren aus Deutschland verfasst. Noch zwei Artikel stammen aus dem Vereinigten Königreich und je mit einem Artikel vertreten sind Iran, Belgien und Schweiz. Unter den Artikeln befindet sich eine Randomisiert-kontrollierte Interventionsstudie, drei Langzeitstudien, davon eine mit einem prospektiven Ansatz und eine mit einem qualitativen Ansatz, sechs Studien mit einem transversalen Korrelationsansatz, eine Metaanalyse und eine systematische Literaturübersicht sowie drei Artikel, die eher in Richtung Meinungsäußerung und Expertenbericht gehen. In allen Artikeln werden entweder Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose berücksichtigt oder stellen die ganze Probandengruppe. Jedoch sind die Probandengruppen in den meisten Fällen klein und lassen keine klaren Empfehlungen zu.

Spirituelle, religiöse und existenzielle Anliegen zeigen sich bei den meisten Patientinnen und Patienten (Coward & Kahn 2004; Taylor 2006; Thune-Boyle et al. 2006; Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Alder et al. 2011; Puchalski 2012; Allmon et al. 2013; Thune-Boyle et al. 2013; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016; Lotzke et al. 2016; Forouzi et al. 2017). Jedoch wird weniger oft auf diese Anliegen eingegangen (Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016). Positiv sein, lieben, Sinn finden sowie mit einer höheren Macht verbunden sein stellen wichtige spirituelle Bedürfnisse dar (Taylor 2006). Dazu gehören die Suche nach innerem Frieden oder der Wunsch, die Verbindung mit Gott/einer höheren Macht zu stärken (Coward & Kahn 2004; Astrow et al. 2007; Hebert et al. 2009; Thune-Boyle et al. 2013). Das Bedürfnis nach Entspannung, anderen Betroffenen zu begegnen, Ängste zu überwinden, Hilfe bei Traurigkeit sowie Gefühle mitzuteilen sind auch Teil dieser Bedürfnisse (Astrow et al. 2007). Weniger zentral betrachten die Patientinnen und Patienten allfällige Hilfe, um mit den Befürchtungen in der Familie umzugehen. Eine kleinere Gruppe von Betroffenen betrachten das Gespräch über Sinnfindung, das Sterben oder Fragen nach dem Warum als ein Bedürfnis (Taylor 2006; Astrow et al. 2007).

Über die Auswirkungen von spirituellen und religiösen Anliegen besteht eine Kontroverse. Verschiedene Studien weisen darauf hin, dass offene derartige Anliegen Disstress verstärken, Angst hervorrufen, zu Hadern führen können, sogar depressive Verstimmung werden gefördert (Coward & Kahn 2004; Thune-Boyle et al. 2006; Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Puchalski 2012; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016). Auf der anderen Seite tragen das Eingehen auf spirituelle, religiöse Anliegen dazu bei, dass die Patientin-

Tabelle 1: Spirituelle Bedürfnisse in Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
Alder et al. (2011), Schweiz	Aufzeigen einiger psychologischer Fragestellungen in Bezug auf chronische Erkrankungen.	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht,	– Unterstützung bei der Bewältigung, – Unterstützung im Umgang mit der ungewissen Zukunft, – Informations-, Wissensvermittlung, Lernen neuer Kompetenzen, – Gesundheitsförderung, – Umgang mit Änderungen im emotionalen Gleichgewicht, Selbstwert, – Umgang mit körperlichen Einschränkungen – Reintegration in Familie, Arbeit, Gesellschaft, etc.	Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	– Psychologische Mitbehandlung ist wichtig, – Einige psychologische Interventionen sind effektiv, – Integrierte Versorgung ist eine Chance, um die psychologische Mitbehandlung zu gewährleisten.
Allmon et al. (2013), USA	Langzeitstudie zur Erfassung des spirituellen Wachstums in christlichen Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose (N=47; davon 29 Frauen, Durchschnittsalter: 51.4 Jahre). Befragung vor Behandlungsstart und 9 Monate danach.	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Transformation Skala (STS) – Brief Religious Coping Skala (RCOPE), – Inferentielle Statistik,	– Positive religiöse Bewältigung führt zu spirituellem Wachstum nach 9 Monaten, – Spiritueller Distress/Hadern zeigt sich eher, wenn religiöse Aspekte nicht wichtig waren, – Religiöse Bewältigung und die Wichtigkeit von religiösen Aspekten sind miteinander assoziiert.	Spezifische, kleine Probandengruppe, eingeschränkte Datenanalyse, ausgewählter Studienort.	– Unterstützen von positiven religiösen Bewältigungsstrategien zur Förderung des spirituellen Wachstums, zur Reduktion des spirituellen Distress/Hadern, – Spirituelle Ressourcen tragen zu grösserem spirituellem Wachstum bei, – Ignorieren der Spiritualität trägt zu höherer Erkrankungslast bei.
Astrow et al. (2007), USA	Umfrage bei ambulanten Patientinnen und Patienten mit einer neuen und fortgeschrittenen Krebserkrankung zu ihrer spirituellen Haltung, und ob auf den spirituellen	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Modal Spiritual Needs Assessment, – Quality of End-of-Life Care and Satisfaction with Treatment (QUEST), – Satisfaction with Life Skala,	– 94 % der haben eine religiöse Zugehörigkeit an (davon 47 % katholisch), davon: an Gottesdiensten teilnehmen (29 %), spirituell aber nicht religiös (66 %), – Gespräche mit Fachpersonen über spirituelle Anliegen (52 %)	Betroffene sowohl mit einer neuen Krebsdiagnose sowie fortgeschrittenes Stadium, zweckmässige Probandengruppe, ausgewählter Studienort.	– Nicht alle Patientinnen und Patienten mit Krebs haben spirituelle Anliegen. – Betroffene mit Krebs haben vermutlich ein stärkeres Interesse an spirituellen Anliegen als andere Patientinnen und

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	Bedarf und ihre Werte eingegangen wurde (N=369, davon 240 Frauen, Durchschnittsalter: 57,5 Jahre).	<ul style="list-style-type: none"> – Frage, ob spirituelle Anliegen von den ärztlichen Fachpersonen angesprochen waren, – Inferentielle Statistik, 	<ul style="list-style-type: none"> – Gespräche mit ÄrztInnen über spirituelle Anliegen (58 %), – Spirituelle Anliegen erfragt bei 16 %, – Nicht eingegangen auf spirituellen Bedürfnisse bei 82 %, – Wichtige spirituelle Anliegen: Entspannung (56 %), andere Betroffene treffen (44 %), Unterstützung bei Traurigkeit (36 %). – Nicht eingehen auf spirituellen Anliegen reduziert die Einschätzung der Betreuungsqualität. 		<ul style="list-style-type: none"> – Patienten mit anderen chronischen Erkrankungen. – Fingerspitzengefühl zentral beim Erfragen von spirituellen Anliegen. – Ärztliche Fachpersonen sollen sorgfältig und mit dem nötigen Fingerspitzengefühl spirituelle Anliegen erfragen.
Beernaert et al. (2016), Belgien	Transversale Studie bezüglich offenen Bedürfnissen, auf die nicht eingegangen wurde sowie die Einschätzung der Lebensqualität bei Patientinnen und Patienten mit Krebs zu Beginn der kurativen Behandlung, zu Beginn der Behandlung mit lebensverlängerndem Ziel sowie kurz vor Lebensende (N=375, davon mit kurativer Behandlung: n=101, davon 82 Frauen, dabei 35,7 % zwischen 60 und 69 Jahren).	<ul style="list-style-type: none"> – Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – EORTC QLQ-C30, – Anliegen für mehr Unterstützung in funktionalen Bereichen (Physis, Rolle, soziale und emotionale Aspekte), Symptome und spirituelle/existentielle Anliegen, – Inferentielle Statistik, 	<ul style="list-style-type: none"> – Spirituelle/existentielle Anliegen waren niedriger bei Betroffenen in kurativen Behandlungssituationen als bei Betroffenen in fortgeschrittenen Stadien, – Betroffene in kurativen Behandlungssituationen wurden weniger bezüglich ihrer spirituellen Anliegen befragt, – Bei 10 % der Betroffenen in kurativen Behandlungssituationen wurde nicht auf spirituelle Anliegen eingegangen. 	Zweckmässige Probandengruppe, transversale Umfrage, ausgewählter Studienort.	<ul style="list-style-type: none"> – Erfassen und eingehen auf spirituelle/existentielle Anliegen bereits zu Beginn einer Krebserkrankung nötig, – Regelmässiges, systematisches Erheben dieser Anliegen von der Diagnosestellung über den ganzen Krankheitsverlauf hindurch bis hin zum Lebensende, – Erheben der spirituellen Aspekte durch verschiedene Fachpersonen möglich, – Hinzuziehen von Spezialisten bei erweiterten Bedürfnissen, – Gute Ausbildung über spirituelle Anliegen nötig.
Coward & Kahn (2004), USA	Phänomenologische Langzeitstudie zur Beschreibung der Erfahrung	Phänomenologischer Ansatz, mit Interviews, aufgenommen und transkribiert. Colaiz-	Betroffene: <ul style="list-style-type: none"> – erleben ein spirituelles Ungleichgewicht durch die 	Einschränkungen: qualitativer Ansatz, ausgewählter Studienort.	<ul style="list-style-type: none"> – Spirituelles Ungleichgewicht beinhaltet Angst vor dem Sterben und anderen

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	des Wiederaufbaus und des Erhalts des spirituellen Gleichgewichts bei Patientinnen mit neu diagnostiziertem Brustkrebs (N=10 Patientinnen, Durchschnittsalter: 49.8–59 Jahre). Drei Befragungspunkte: Studieneintritt, 2–3 Monate danach sowie ein Jahr nach Studieneintritt. Die Frauen hatten die Diagnose zwischen 1 und 5 Monaten vor Eintritt in die Studie erhalten. Teil einer quasi-experimentellen Interventionsstudie über die Teilnahme an einer Theoriebasierten Brustkrebsunterstützungsgruppe zu Wegen über sich hinauszuwachsen und Wohlbefinden.	zi's Analyseprozess wurde verwendet.	<p>existentielle Angst ausgelöst durch die Diagnose,</p> <ul style="list-style-type: none"> – suchen Unterstützung bei anderen (Angehörige, Fachpersonen, Gott/Höhere Macht), – führen ihre Arbeit weiter (Kinderhüten, andere wohlthätige Arbeit), – unterstützen andere Betroffene oder regen zur Kontrolle an, – erfahren, dass sie für andere eine Hilfe waren, – gehen neue Beziehungen ein, – pflegen die Beziehung zu Gott/einer höheren Macht. 		<p>unspezifischen Dingen, einer gewissen Einsamkeit und den Bemühungen, das Selbst aufrecht zu erhalten.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Die Beziehungen zu anderen Betroffenen, der Glaube an Gott/höhere Macht und sich selber waren ein Betrag zu besserem Wohlbefinden, Glaube an eine Genesung, an das Vermeiden eines Rückfalls, oder den Lebensstil zu verändern. – Die Betroffenen fühlen sich sehr verletztlich und müssen das Vertrauen in ihren eigenen Körper wiedergewinnen. – Unterstützung wurde enorm geschätzt, z. Bsp. ein Lächeln, ein Gespräch, etc., von Pflegefachpersonen, etc., – Ängste und Einsamkeit sollen angesprochen werden, mit entsprechendem Fingerspitzengefühl, – Selbsthilfegruppen können helfen, je nach Vorlieben der Betroffenen.
Csef & Hefner (2007), Deutschland	Betrachtung der Frage, ob spirituelle Anliegen in die Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Krebs einfließen sollen basie-	<ul style="list-style-type: none"> – Literatursuche, – Erfahrungsbericht, 	<ul style="list-style-type: none"> – Spirituelle Anliegen bestehen nicht nur in Patientinnen und Patienten der USA, sondern auch in Deutschland, – Spirituelle Anliegen haben kaum Platz in der Onkologie, 	Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	<ul style="list-style-type: none"> – Kontroverse zum Eingehen auf spirituelle Anliegen im klinischen Alltag: Befürchtungen, Schaden anzurichten, sind sehr gross (z. Bsp.: sich genötigt oder schuldig fühlen,

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	rend auf aktuellen Diskussionen in den USA.		<ul style="list-style-type: none"> – Die Qualität von Spiritualität kann onkologische Outcomes beeinflussen, – Vermutlich fördert die Sinnfindung den Abbau von Stress und Angst, – Vermutlich besteht ein Zusammenhang zwischen Spiritualität und positivem Coping, – Spiritualität kann auch negative Auswirkungen haben (z. Bsp. Fatalismus), 		<p>etc.), zeitlich limitierte Ressourcen bei den ärztlichen Fachpersonen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – Hingegen: Eingehen auf spirituelle Anliegen sind ein starkes Zeichen im Sinne von Interesse durch ärztliche Fachpersonen an den Patientinnen und Patienten, spirituelle Anliegen sollten integriert werden, Würdebasierte Ansätze sind gute Möglichkeiten für ärztliche Fachpersonen, auf spirituelle Anliegen einzugehen.
Dennis & Duncan (2012), USA	Beschreibung des Einflusses der Kultur auf spirituelle Anliegen von Patientinnen und Patienten mit Krebs.	<ul style="list-style-type: none"> – Literatursuche, – Erfahrungsbericht, 	<ul style="list-style-type: none"> – Kultur kann zu unterschiedlichen Erwartungen bezüglich Art und Menge der Informationen führen, – Z. Bsp. für Menschen mit japanischem, mexikanischem oder auch afrikanischem Hintergrund sind Gruppenzugehörigkeit, das Aufrechterhalten von Harmonie, sozialen Beziehungen und Status zentral, – Z. Bsp.: für Menschen aus individualistischen Kulturen wie Nordamerika ist die Aufrechterhaltung der Selbstidentität und der Autonomie zentral, – Z. Bsp.: für Familien mit einem chinesischen Hintergrund ist es wichtig, 	Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	<ul style="list-style-type: none"> – Familienzentrierte und kultursensible Betreuung ist empfohlen, um auf die spezifischen Eigenheiten Rücksicht zu nehmen, – Kulturelle Eigenheiten erfragen und allenfalls ermöglichen (z. Bsp.: Gruppengebete, andere Rituale, etc.), – Kulturelle Aspekte sollten stärker einbezogen werden, – Es braucht eine Sensibilisierung für kulturelle Anliegen.

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
			<p>nicht vor den Betroffenen über den Krebs zu sprechen,</p> <ul style="list-style-type: none"> – Krankheitssituationen erleben in einem kulturellen fremden Umfeld kann zu Ängsten, Verwirrung, Aggression führen, – Spirituelle, religiöse Aspekte beeinflussen die Entscheidungsfindung für oder gegen die Behandlung, – Z. Bsp.: Afroamerikanische Betroffene ziehen für die Entscheidungsfindung auch spirituelle, religiöse Aspekte in Betracht und holen sich in diesem Bereich Unterstützung, – Z. Bsp.: soziale Netzwerke können je nach Kultur eine wichtige Rolle spielen, 		
Forouzi et al. (2017), Iran	Transversale Studie zur Bestimmung der Verbindung zwischen spirituellen Anliegen und Lebensqualität in Patientinnen und Patienten mit Krebs in Iran (N=150, davon Frauen n=79, Durchschnittsalter: 44.8 Jahre).	<ul style="list-style-type: none"> – Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Need Survey, – European Organization for Research and Treatment of Cancer QoL Fragebogen (EORTC QLQ)-C30, – Inferentielle Statistik. 	<ul style="list-style-type: none"> – Ältere Patientinnen, Patienten mit besserer Ausbildung hatten mehr spirituelle Bedürfnisse, – Ältere alleinstehende Patientinnen, Patienten mit einer besseren Ausbildung hatten eine bessere Lebensqualität, – Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse ist positiv verbunden Lebensqualität, – Je besser auf die spirituellen Bedürfnisse eingegangen wird, desto höher ist die Lebensqualität (bis zu 30 % bessere 	<ul style="list-style-type: none"> – Eingeschränkte, konsekutiv zusammengestellte Probandengruppe, keine Berechnung der Probandengruppe im Voraus, – Ein Forschungskontext, – Transversale Studie. 	<ul style="list-style-type: none"> – Spirituelle Anliegen sind verbunden mit Lebensqualität, – Spiritualität bedeutet eine Ressource für die Patientinnen und Patienten, – Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse kann zur Besserung oder Stabilisierung der Lebensqualität beitragen, – Spiritualität sollte Teil der Pflegeausbildung sein, – Pflegefachpersonen benötigen mehr Ausbildung in diesem Bereich,

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
			Funktion, bis zu 40 % besserer Gesamtstatus).		– Es braucht Fachpersonen, um auf die spirituellen Anliegen von muslimischen Patientinnen, Patienten eingehen zu können.
Hebert et al. (2009), USA	Prospektive Studie zur Bestimmung der Verbindung zwischen religiösen Bewältigungsstrategien sowie dem Wohlbefinden bei Frauen mit Brustkrebs in verschiedenen Stadien (N=284; Stadium I + II=198, Durchschnittsalter: 51 Jahre). Datenerhebung zu Studienbeginn sowie 8 bzw. 12 Monate danach. Teil einer Interventionsstudie über Patientenedukation sowie Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe.	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, Interpersonal Support Evaluation List (ISEL), Goldberg's Adjective Skala, Short Form-36 (SF-36), Center for Epidemiologic Studies Depression Skala (CES-D), Satisfaction with Life Skala (SWLS), Inferentielle Statistik.	– 2/3 der Frauen gaben an, positive religiöse Bewältigungsstrategien zu benutzen (z. Bsp. Gott/einer höheren Macht vertrauen), Negative religiöse Bewältigung wird nur von 15 % der Betroffenen angegeben (z. Bsp. sich verlassen fühlen), Positive religiöse Bewältigung hatte keinen Einfluss auf das Wohlbefinden, Negative religiöse Bewältigung beeinflusste hingegen die psychische Gesundheit, depressive Symptome und führte zu geringerer Lebensqualität, Die Verbindung von religiöser Bewältigung und Wohlbefinden wird vom Krebsstadium nicht beeinflusst.	– Probandengruppe beschränkt sich auf weisse Amerikanerinnen mit christlichem Glauben, statistisch nicht ganz ausreichend, Längerer Follow-up eventuell nötig.	– Regelmässiges systematisches Abfragen von spirituellen Anliegen. Dadurch: Ermöglichen von frühen Überweisungen, besserem und passenderem Interventionsangebot, Identifikation von negativen religiösen Bewältigungsstrategien und entsprechende Unterstützung gewähren.
Hocker et al. (2014), Deutschland	Transversale Studie zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei ambulanten Patientinnen und Patienten mit Krebs (N=285, davon n=207 mit neuer Diagnose, Durchschnittsalter: 61.3 Jahre) in Norddeutschland, um a) die Bedeutung und	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, Spiritual Needs Fragebogen (SpNQ), National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Distress Thermometer (DT), Hospital Anxiety and Depression Skala (HADS), Beck Hopelessness-Skala (H-Skala),	– 94 % der Patientinnen und Patienten hatten spirituelle Anliegen, Am wichtigsten: Bedürfnis für inneren Frieden (z. Bsp. in Verbindung mit der Natur) sowie Beziehungen zu anderen oder andere unterstützen, weniger wichtig waren Beten mit jemandem oder über das Leben nach dem Tod sprechen,	– Probandengruppe aus Patientinnen und Patienten mit christlichem Glauben, Ein Forschungskontext, Keine klare Unterscheidung zwischen der spirituellen und religiösen Haltung, Keine Angaben über das Eingehen auf spirituelle Anliegen (z. Bsp. Durch welche Fachperson, etc.),	Spirituelle Bedürfnisse: – scheinen eine Rolle bei allen Patientinnen und Patienten mit Krebs zu spielen, – sollten bereits zu Beginn des Krankheitsverlaufs erhoben werden, – sollten regelmässig und systematisch erhoben werden, – stehen in Zusammenhang

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	Art der spirituellen Bedürfnisse zu identifizieren, b) die Rolle der demographischen und klinischen Aspekte zu bestimmen in Bezug auf spirituelle Anliegen sowie c) die Verbindung mit psychologischen Distress zu bestimmen.	– 2 Fragen zu spiritueller/religiöser Haltung aus Spiritual and Religious Attitudes in Dealing with Illness Fragebogen, – Coherence and Existential Vacuum Skalas des Life Attitude Profile – Revised, – Inferentielle Statistik.	– Lediglich 47 % der Patientinnen und Patienten geben eine spirituelle oder religiöse Haltung an, – Angst zeigte sich als stärkster Prädiktor für existentielle Aspekte (adjusted $\beta = 0.36$, SE = 0.02, $P \leq 0.001$), inneren Frieden (adjusted $\beta = 0.40$, SE = 0.02, $P \leq 0.001$) sowie aktives Geben (adjusted $\beta = 0.22$, SE = 0.02, $P = 0.011$). – Kohärenz war ein Prädiktor für religiöse Aspekte (adjusted $\beta = 0.16$, SE = 0.01, $P = 0.022$) sowie inneren Frieden (adjusted $\beta = 0.21$, SE = 0.01, $P = 0.004$).	oder welche Anliegen offen-geblieben sind.	mit emotionalen Aspekten.
Jim et al. (2015), USA	Metaanalyse, um die Beziehung zwischen spirituellen/religiösen Anliegen und Outcomes der Patientinnen und Patienten zu bestimmen, Datenbank-suche in PubMed, PsycInfo, CINAHL, und Cochrane Library (N=2,073 Abstrakte), Metaanalyse mit n=497 Effektgrößen von n=101 Probandengruppen (mehrheitlich weisse Personen), die insgesamt über 32,000 Patienten	– Systematische Literaturübersicht und Metaanalyse.	– Spirituelle/religiöse Anliegen sind im Allgemeinen mit der Gesundheit verbunden ($z = .153$, $p < .001$), demographische noch klinische Variablen beeinflussen diese Verbindung, – Spirituelle/religiöse Probleme wie Distress waren mit dem physischen Wohlbefinden verbunden ($z = .167$, $p < .001$), dem funktionalen Wohlbefinden ($z = .343$, $p < .001$) sowie physischen Symptomen ($z = .282$, $p < .001$). – Spirituelle/religiöse Anliegen wie spirituelles Wachstum waren mit dem physischen Wohlbefinden verbunden ($z = .079$,	– Insgesamt eine grosse Probandengruppe, aber die jeweiligen Studien verfügten über rund die Hälfte Probandengruppen in der Grösse <150 Personen, – Limitierte Methodenkapitel in den eingeschlossenen Studien, – Hauptsächlich transversale und Korrelationsstudien eingeschlossen.	– Spirituelle/religiöse Anliegen sind mit der Gesundheit und dem Wohlbefinden verbunden, – Insbesondere Spirituelle/religiöse Anliegen wie Distress beeinflussen die Gesundheit/Wohlbefinden, – Ausserdem sind negative religiöse Bewältigung wie Distress verbunden mit vermehrt Depression, weniger häufiges Einhalten der Behandlungsrichtlinien oder des medizinischen Rats.

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	tinnen und Patienten mit Krebs einschlossen). Durchschnittsalter: 57.4 Jahre. 2/3 der Probandengruppen waren aus Nordamerika. 26 % der Studien befassten sich mit Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose.		p<.05) sowie dem funktionalen Wohlbefinden ($z=.090$, $p<.01$). – Spirituelle/religiöse Anliegen wie religiöse Zugehörigkeit war verbunden mit funktionalem Wohlbefinden ($z=.100$, $p<.05$). – Keine demographischen oder klinischen Aspekte beeinflussen die Verbindung Spirituelle/religiöse Anliegen sowie Gesundheit/Wohlbefinden.		
Lotzke et al. (2016), Deutschland	Interventionsstudie (RCT), um eine Yoga-Intervention zu testen gegenüber konventioneller Bewegungstherapie bei Frauen mit Brustkrebs in neo-adjuvanter oder adjuvanter Behandlung bezüglich Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Fatigue, Achtsamkeit und Spiritualität (N=92, Interventionsgruppe: 45, deren Durchschnittsalter: 51 Jahre, Vergleichsgruppe: 47, deren Durchschnittsalter: 51.4 Jahre).	– Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – EORTC QLQ-C30 (Version 3.0), – Cancer Fatigue Skala (CFS-D), – Freiburger Achtsamkeitsinventar, – SpREUK Fragebogen, – Inferentielle Statistik.	– Weder Spiritualität noch Achtsamkeit haben sich signifikant verändert, – Jedoch verbesserte sich die Reflexion ($? = 0.002$, $?=0.217$). – Suchen ($? = 0.009$, $? = 0.143$) und Vertrauen ($? = 0.024$, $?=0.109$) verbesserte sich signifikant in der Vergleichsgruppe. – Die beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in den Bereichen Spiritualität, jedoch für die Achtsamkeit ($?=0.034$).	– Hohe Austrittsquote aufgrund möglicherweise niedriger Akzeptanz für Unterstützungsinterventionen und erhöhter Fatigue, – Limitierte Grösse der Probandengruppe, – Unterschiedliche Anzahl an Yoga-Lektionen.	– Mehr Untersuchungen zu Yoga als Unterstützungsintervention.
Puchalski (2012), USA	Aufgrund der Tatsache, dass Krebs eine chronische Krankheit geworden ist,	– Literatursuche, – Erfahrungsbericht,	– Spirituelles Wohlbefinden ist verbunden mit niedrigerem Distress und höherer Lebensqua-	– Meinungsdarstellung, nicht systematische Literaturarbeit.	– Spiritualität ist Teil des Menschen, – Damit wird der Mensch als Ganzes wahrgenommen,

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	geht es weniger darum, den Todesfall zu planen, als gut mit der Krankheitssituation leben zu lernen. Dazu gehört die Integration von Spiritualität.		<ul style="list-style-type: none"> – lität unabhängig der Krankheitsprognose, – Spiritualität ist eine Quelle der Stärke für Betroffene, – Mit Hilfe von Spiritualität kann ein Umfeld für Sinnfindung und Hoffnung geschaffen werden, dadurch verbessert sich die Lebensqualität, – Religion kann helfen, den Distress anders zu konzeptionieren, – Religion und religiöse Anliegen sowie persönliche Haltungen und Überzeugungen beeinflussen die Entscheidungsfindung. 		<ul style="list-style-type: none"> – Spirituelle, religiöse Anliegen spielen von Beginn der Erkrankung weg eine wichtige Rolle, – Auf Spiritualität eingehen bedeutet, die Behandlung mit den Betroffenen zu planen, das Leben als Überlebende zu gestalten, oder den möglichen Todesfall vorzubereiten, – Betroffene wünschen, dass Fachpersonen sich nach spirituellen, religiösen Anliegen erkundigen, – Es wird gewünscht, dass die spirituellen, religiösen Anliegen in den Behandlungsplan integriert werden, – Dabei sollten auch Seelsorgerinnen und Seelsorger sowie andere Spezialistinnen und Spezialisten beigezogen werden, – Grundsätzlich sind alle Fachpersonen im Behandlungsteam aufgerufen, sich um die spirituellen, religiösen Anliegen der Betroffenen zu kümmern.
Taylor (2006), USA	Transversale, beschreibende Studie, um die Prävalenz von spirituellen Anliegen und damit verbundenen Faktoren bei Patientinnen, Patienten	<ul style="list-style-type: none"> – Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Spiritual Interests Related to Illness Tool (SPIRIT), – Inferentielle Statistik. 	<ul style="list-style-type: none"> – Hohe Bedeutung: Beziehung zu Gott/höherer Macht, eine positive Einstellung haben, Liebe geben oder empfangen, – Weniger bedeutsam: Gründe für die Erkrankung, Hadern mit der Unfairness, 	<ul style="list-style-type: none"> – Eingeschränkte Probandengruppe aus Personen mit christlichem Hintergrund, – Ein Forschungskontext, – Transversale Studie 	<ul style="list-style-type: none"> – Pflegefachpersonen: Sollen auf spirituelle Anliegen eingehen, – Benötigen dafür eine gute Ausbildung,

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
	mit Krebs und deren Angehörigen zu bestimmen (N=156 Betroffene, davon 28 Frauen, Durchschnittsalter: 63.6 Jahre, 68 Angehörige, davon 50 Frauen, Durchschnittsalter: 57.8 Jahre).		<p>Auseinandersetzung mit Tod und Sterben, Gedanken an den Tod.</p> <p>– Personen, die regelmässig an Gottesdiensten teilnehmen, erst seit kurzer Zeit eine Diagnose erhalten haben, oder die Distress erfahren, schätzen spirituelle Anliegen als wichtig ein.</p> <p>– Pflegefachpersonen sollen auf spirituelle Anliegen eingehen,</p> <p>– Je wichtiger spirituelle Anliegen den Patientinnen, Patienten sind, desto eher erwarten sie, dass Pflegefachpersonen sich deren annehmen.</p>		<p>– Könnten den SpiRIT als Hilfe dabei benutzen.</p> <p>– Umfassendes Assessment von spirituellen Anliegen kann nicht unbedingt von Pflegefachpersonen durchgeführt werden,</p> <p>– Aber es wäre hilfreich, jene Patientinnen, Patienten zu identifizieren, die ein hohes Risiko für spirituellen Distress haben,</p> <p>– Verschiedene Interventionen existieren, z. Bsp. zum Gespräch über spirituelle Anliegen anregen, empathisch zuhören,</p> <p>– Fingerspitzengefühl ist vor allem dann nötig, wenn Anliegen für eine direktere Form von spiritueller Unterstützung identifizieren.</p>
Thune-Boyle et al. (2006), UK	Identifizieren von vorteilhaften oder schädlichen Auswirkungen von spiritueller/religiöser Bewältigung bei Krebs (N=17 aus den Datenbanken PsychInfo, Medline, Embase und CancerLit).	– Systematische Literaturübersicht	<p>– Amerikanische Studien zeigten meistens keine signifikanten Resultate bezüglich der Auswirkung von religiöser Bewältigung,</p> <p>– Wiederum zeigten viele Studien vorteilhafte Auswirkungen von religiöser Bewältigung,</p> <p>– 3 Studien wiesen auf schädliche Wirkung hin, aber nur bei Untergruppen der Hauptprobandengruppe und in einer Studie, die negative Auswirkungen zeigen wollte,</p>	<p>– Häufig eine ausgewählte, eher christliche Probandengruppe,</p> <p>– Uneinheitliche Probandengruppen bezüglich der Krebserkrankung,</p> <p>– Methodologische Schwächen,</p> <p>– Unklare Konzeptualisierung von religiöser Bewältigung,</p> <p>– Instrumente, die hauptsächlich religiöse Bewältigung im Allgemeinen erheben,</p> <p>– Religiöse Zugehörigkeit wird als problemati-</p>	– Instrumente wie RCOPE bieten eine Möglichkeit, die volle Bandbreite von religiöser Bewältigung zu erheben,

Autoren, Land	Fragestellung	Methoden	Resultate	Limitierungen	Empfehlungen
			<ul style="list-style-type: none"> – In Europäischen Studien war religiöse Bewältigung nicht wichtig und in einer schädlich, – Veränderungen in der religiösen Bewältigung über die Zeit waren nicht signifikant. 	<ul style="list-style-type: none"> – schen Faktor eingestuft. 	
Thune-Boyle et al. (2013), UK	Transversale Analyse von einer Langzeitstudie zur Bestimmung von vorteilhaften und schädlichen Auswirkungen von spirituellen/religiösen Quellen der Anpassung in Patientinnen mit einer neudiagnostizierten Brustkrebserkrankung (N=155, Durchschnittsalter:	<ul style="list-style-type: none"> – Demographische, krankheitsbezogene Angaben, – Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research: A Report by the Feltzer Institute/National Institute on Ageing Working Group) – RCOPE – Unterskala der Spiritual Involvement Skala zu Spiritual Life Integration – Brief COPE – Life Orientation Test – Multidimensional Skala of Perceived Social Support – Hospital Anxiety and Depression Skala, – Inferentielle Statistik. 	<ul style="list-style-type: none"> – Das Gefühl, von Gott bestraft oder verlassen worden zu sein, erklärte 5 % der Varianz der erhöhten Angst, jedoch beeinflusst von der Bewältigungsstrategie Vermeiden und Verleugnen, – Im Gegenzug reduzierte Akzeptanz als Mediatorvariable die Angst, – Dieses Gefühl der Strafe und Verlassenheit war ein signifikanter Prädiktor für eine depressive Verstimmung, mit 4 % Erklärung der Varianz bei Angst. 	<ul style="list-style-type: none"> – Spezifische Probandengruppe, – Vermutlich eher christlich orientiert. 	<ul style="list-style-type: none"> – Religiöse/spirituelle Quellen der Bewältigung können die Anpassung an die Krankheitssituation beeinflussen, – Daher sollten bei Brustkrebspatientinnen die religiösen/spirituellen Bedürfnisse erhoben werden, um darauf eingehen zu können, – Spiritueller Distress oder Hadern kann die Anpassung an die Krankheitssituation negativ beeinflussen.

nen und Patienten sich besser an die Krankheitssituation anpassen können. Disstress, Ängste, Hadern, Depression sogar Symptome werden reduziert. Die Patientinnen und Patienten fühlen sich besser. Sie können spirituelles Wachstum erlangen (Coward & Kahn 2004; Taylor 2006; Thune-Boyle et al. 2006; Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Alder et al. 2011; Puchalski 2012; Allmon et al. 2013; Thune-Boyle et al. 2013; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016; Lotzke et al. 2016; Forouzi et al. 2017). Das Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse empfinden Patientinnen und Patienten als Hinweis, dass ihre spirituellen, religiösen Bedürfnisse aufgenommen sind. Für die Patientinnen und Patienten wird

das Eingehen auf ihre spirituellen, religiösen Bedürfnisse als Unterstützung sowie Quelle des Wohlbefindens erlebt (Coward & Kahn 2004; Thune-Boyle et al. 2006; Csef & Hefner 2007; Jim et al. 2015; Forouzi et al. 2017).

Mit der Diagnosestellung erleben Patientinnen und Patienten mit Krebs spirituelle Bedürfnisse, die von Gefühlen der Angst bis hin zu Hadern reichen (Taylor 2006; Astrow et al. 2007). Neben dem Erheben dieser Bedürfnisse und allfälligen möglichen Antworten darauf, stellt sich die Frage nach der Zuständigkeit. Welche Fachpersonen sind für die Erfassung von spirituellen Anliegen der Patientinnen und Patienten mit Krebs bei der Diagnosestellung und zu Beginn des Krankheitsverlaufs bei Krebs zuständig?

Können Angaben dazu aus der vorliegenden Literatursuche herausgearbeitet werden? Welche Hinweise können für das Eingehen auf die spirituellen Bedürfnisse gemäß der vorliegenden Literatursuche gefunden werden? Nachfolgend soll diesen Fragen nachgegangen werden.

Spiritual Care bei Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose

Obwohl Krebs mittlerweile als chronische Erkrankung gilt, haftet der Aspekt der Lebensbedrohlichkeit. Entsprechend sind Patientinnen und Patienten mit einer neu-diagnostizierten Krebserkrankung mit existenziellen, spirituellen und religiösen Fragestellungen konfrontiert (Puchalski 2012). In solchen Situationen werden spirituelle Bedürfnisse manifest und fordern deren Berücksichtigung. Gerade in Zusammenhang mit Therapieentscheidungen spielen spirituelle Anliegen eine Rolle zu Beginn einer Erkrankung wie Krebs (Csef & Hefner 2007; Alder et al. 2011; Peng-Keller 2016; Zumstein-Shaha & Cox 2017). In solchen Situationen, kann Spiritual Care eine wichtige Unterstützung sein (Frick & Peng-Keller 2017).

Mit dem Begriff „Spiritual Care“ wird die Berücksichtigung der Spiritualität und sinnstiftenden Grundeinstellungen der Patientinnen und Patienten, aber auch des Trostes sowie ein systematisches Vorgehen in der Unterstützung sowie Stärkung derselben verstanden (Peng-Keller 2016: 600). In der Pflegewissenschaft existieren zwei neuere Konzeptanalysen nach Walker und Avant zu den Begriffen „Spiritual Care“ und „Spiritual Nursing Care“ (Monareng 2012; Ramezani et al. 2014). In der Konzeptanalyse von Ramezani et al. (2014) werden insgesamt sechs Hauptelemente von „Spiritual Care“ aufgeführt: heilende, wohlthuende Präsenz (in Englisch: „healing presence“), therapeutisches Anwenden des Selbst (in Englisch: „therapeutic use of self“), Sinn für Intuition (in Englisch: „intuitive sense“), Erfassen der spirituellen Anliegen und Haltungen (in Englisch: „exploration of the spiritual perspective“), Patientenzentriertheit (in Englisch: „patient-centredness“), Sinnorientierte therapeutische Interventionen (in Englisch: „meaning-centred therapeutic intervention“) sowie die Schaffung einer Umgebung, die spirituell unterstützend ist (in Englisch „creation of a spiritually nurturing environment“) (Ramezani et al. 2014). Verbunden mit diesen Hauptaspekten sind Erwartungen an die Fachpersonen im Umgang mit spirituellen Anliegen der Patientinnen und Patienten. Das Ausüben von heilender, wohlthuender Präsenz beinhaltet auch fürsorgliche, pflegende Präsenz, ge-

paart mit Altruismus. Mit dem therapeutischen Anwenden des Selbst wird von der Fachperson erwartet, dass sie ein offenes Ohr hat, aktiv zuhört, nicht wertend ist, sogar bedingungslos akzeptiert und eine therapeutische Beziehung aufbauen kann. Der Sinn für Intuition verweist darauf, dass die Fachpersonen Momente der spirituellen Anliegen bei den Patientinnen und Patienten erkennen sowie sich darauf einlassen und ein Gespräch fördern. Instrumente wie ein spirituelles Assessment wird fachgerecht eingesetzt, um spirituelle Bedürfnisse aufzunehmen, ebenso wie die Ressourcen der Patientinnen und Patienten. Mit dem Begriff „Patientenzentriertheit“ verweisen Ramezani et al. (2014) darauf, dass die Fachpersonen die Einzigartigkeit der Patientinnen und Patienten erkennen ebenso wie deren eigene Realität und Wahrnehmung. Fachpersonen sind aufgefordert, eine bedeutsame Beziehung zu den Patientinnen und Patienten aufzubauen, Hoffnung zu fördern, Interventionen mit religiöser Orientierung oder komplementärmedizinische Interventionen zu entwickeln oder anzubieten. Dabei ist es unabdingbar, dass die spirituellen Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten berücksichtigt werden, ebenso wie die ethischen Aspekte der Pflege und Betreuung. Es ist zentral, die kulturellen sowie religiösen Werte der Patientinnen und Patienten zu berücksichtigen (Ramezani et al. 2014: 214).

In der Pflegewissenschaft hat Monareng (2012) eine Konzeptanalyse zum Begriff „Spiritual Nursing Care“ durchgeführt. Es finden sich fünf Hauptelemente (Monareng 2012: 3–5): eine fürsorgliche, pflegende Präsenz (in Englisch: „caring presence“), Suche nach Sinn und Zweck (in Englisch: „search for meaning and purpose“), spiritueller Dialog (in Englisch: „spiritual dialogue“), Transzendenz (in Englisch: „transcendence“) sowie harmonische Verbundenheit (in Englisch: „harmonious interconnectedness“). Mit dem Begriff „caring presence“ wird auf die Erwartung verwiesen, dass Fachpersonen präsent sind, ein offenes Ohr haben und zuhören sowie – wenn gewünscht – die Hand halten. Fachpersonen versuchen, auf spirituelle Bedürfnisse wie Distress einzugehen und, wenn möglich, etwas zur Linderung anzubieten (Monareng 2012). Mit dem Element „Suche nach Sinn und Zweck“ wird auf das menschliche Bedürfnis verwiesen, einen Sinn für Ereignisse und das Leben zu haben. Dabei wird von der Fachperson erwartet, dass sie die Patientinnen und Patienten in dieser Suche unterstützt, unabhängig von religiösen Aspekten. Dazu gehört, dass die Fachpersonen der Angst der Patientinnen und Patienten in Bezug auf die aktuelle Situation Raum lassen. Mit Hilfe des Spirituellen Dialogs können Fachpersonen Gespräche über spirituelle Bedürfnisse zulassen und allenfalls darauf eingehen. Zu diesem Teil gehören das offene Ohr und Zuhören ebenso wie die

Berührung beispielsweise in Form von Hand halten. Der Aspekt der „Transzendenz“ verweist auf den Wunsch der Überwindung der aktuellen Herausforderungen. Einerseits kann hier ein Bezug zu Gott oder einer höheren Macht eine wichtige Rolle spielen. Andererseits kann die Person über sich hinauswachsen und sich weiterentwickeln. Für diesen Teil wird von Fachpersonen erwartet, dass sie sich auf die von den Patientinnen und Patienten gestellten Fragen einlassen. Fachpersonen können für eine förderliche Umgebung sorgen, die genügend Ruhe und Raum beispielsweise für Gebete oder Meditation lässt (Monareng 2012). Harmonische Verbundenheit weist auf eine positive Beziehung zu Gott oder einer höheren Macht, aber auch zu sich selber, anderen oder der Umgebung. In der harmonischen Verbundenheit liegt Kraft und die Möglichkeit, Schönheit zu erkennen (Monareng 2012).

Zusammenfassend bedeutet Spiritual Care das systematische Erheben von spirituellen Bedürfnissen bei Patientinnen und Patienten. Dabei können Fachpersonen unter anderem mit echter Präsenz reagieren. Sie benötigen dazu Intuition und einer Sensibilität für die spirituellen Anliegen der Patientinnen und Patienten. Wichtig ist dabei die Schaffung eines spirituell unterstützenden Umfelds sowie patientenzentrierte, sinnzentrierte therapeutische Interventionen anzubieten (Freie Übersetzung gemäß Ramezani et al. 2014: 211). Spiritual Care beinhaltet weitere Formen der Unterstützung, die auf unterschiedlichen Grundlagen basieren (Alder et al. 2011; Monareng 2012; Noyon & Heidenreich 2012; Ramezani et al. 2014; Peng-Keller 2017). Dazu können religiös-orientierte Handlungen wie das Gebet gehören oder auch Aktivitäten mit anderem Hintergrund wie Meditation (Monareng 2012). Bei Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose finden sich Hinweise auf den Wunsch nach Gesprächen über spirituelle Anliegen, das „willkommen heißen“ von Gebeten (Carlson 2014), Angaben zu individualisiert angepassten Therapien basierend auf kognitiver Verhaltenstheorie (Karekla & Constantinou 2010) sowie Achtsamkeits-basierte Stressreduktionstherapien (Pollard et al. 2017). Weitere sinnorientierte Interventionen und Angaben dazu aus der Psychoonkologie finden sich bei Mehnert et al. (2011). Viktor Frankls entwickelte Logotherapie bietet häufig eine wichtige theoretische Grundlage für diese Interventionen. Basierend auf dieser Theorie werden Interventionen zur Bewältigung der negativen Gedanken und Reaktionen angeboten wie beispielsweise „Dereflexion“, um in der aktuellen Situation die Freiräume wieder neu zu gestalten. Ebenso können die Einstellungen verändert werden basierend auf Frankls' Werthierarchie. Die Betroffenen werden befähigt, mögliche (neue) Quellen für Sinnfindung zu identifizieren und nutzbar zu machen (Noyon & Heiden-

reich 2012). Eine weitere wichtige Grundlage ist der amerikanisch existenziell-humanistische Ansatz, der auf Irvin Yalom zurückgeht (Yalom 2009). Dabei werden die Betroffenen unterstützt in der Erkennung, dass die grundlegenden Fragen bezüglich der Existenz alle Menschen angehen. Schließlich ist es möglich, Quellen der Neuorientierung und Kraft zu orten und nutzbar zu machen (Noyon & Heidenreich 2012).

Um auf spirituelle Bedürfnisse eingehen oder angepasste Interventionen anbieten zu können, wird eine systematische Erhebung empfohlen sowohl bei Patientinnen und Patienten wie auch bei deren Angehörigen (Monareng 2012; Ramezani et al. 2014). Dazu existieren zwei Ansätze. Im einen Ansatz wird davon ausgegangen, dass sich Erfassung von spirituellen Bedürfnissen kaum standardisieren lässt. Daher wird empfohlen, die Kompetenzen der Fachpersonen zu stärken. Dazu gehört das Sensibilisieren aller Fachpersonen, die in der Betreuung von Patientinnen, Patienten und deren Familien eingebunden sind. Zusätzlich wird Wissen zu spirituellen Bedürfnissen von Patientinnen, Patienten und deren Familien vermittelt sowie mögliche Interventionen vorgestellt (Gordon & Mitchell 2004; Kevern 2012). Der andere Ansatz sieht vor, dass Instrumente zur Erfassung der spirituellen Bedürfnisse unterstützend sind. Fachpersonen können sich dafür auf validierte Erhebungsinstrumente stützen (Hodge 2005a, 2005b; Puchalski 2014; Hodge 2015) wie beispielsweise das „FICA Spiritual History Tool“, ein halbstrukturierter Gesprächsleitfaden (Puchalski 2014). Auch erwähnenswert sind die von Hodge (2005a, 2005b, 2015) entwickelten fünf Varianten: Spirituelle Geschichten, Spirituelle Lebenskarten, Spirituelle Genogramme, Spirituelle Ökokarten sowie Spirituelle Ökogramme. Dabei verlangen die spirituellen Geschichten eine Verbalisierung der Bedürfnisse. Die anderen Methoden erlauben visuelle Darstellungen (Hodge 2005a, 2005b, 2015). Daneben wird noch auf zwei weitere Fragebogen zu spirituellen Bedürfnissen hingewiesen: der „Spiritual Interests Related to Illness Tool – SpIRIT“ eignet sich gemäß Taylor (2006) sowie der „Brief RCOPE“ von Pargament et al. (1998) gemäß Thune-Boyle et al. (2006).

Für die Anwendung solcher Instrumente ist eine sorgfältige Schulung und Begleitung von Fachpersonen nötig (Gordon & Mitchell 2004). Daneben können noch weitere Anforderungen an die Fachpersonen sowie die Situation aufgeführt werden, damit ein spirituelles Assessment sowie ein Eingehen auf die Bedürfnisse durch Fachpersonen überhaupt möglich sind. Es ist nötig, dass die Fachpersonen sich selber kennen und über ihre eigene Haltung zur Spiritualität sowie die eigenen Werte im Klaren sind. Die Fachpersonen sollten erkennen und akzeptieren, dass jede

Person über sich selber hinauswachsen kann. Manchmal bedarf es der Unterstützung dazu. Entsprechend sollten die Fachpersonen erkennen, wann es ihre Unterstützung benötigt. Die Fachpersonen gehen mit Fingerspitzengefühl an die Erfassung der spirituellen Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten. Sie vermeiden das Aufdrücken ihrer eigenen Haltung und Werte auf die Patientinnen und Patienten. Außerdem ist erwartet, dass die Fachpersonen den Patientinnen und Patienten mit fürsorglicher und pflegender Präsenz begegnen. Die Fachpersonen bleiben bei den Patientinnen und Patienten, auch wenn die Herausforderungen nicht in einigen Momenten bearbeitet sind. Ebenso verfügen die Fachpersonen über Fähigkeiten, eine vertrauensvolle Beziehung zu Patientinnen und Patienten aufzubauen, um den spirituellen Anliegen darin Platz zu schaffen. Schließlich besitzen die Fachpersonen spirituelle Kompetenzen wie Wissen, Fähigkeiten, Einblicke sowie Vertrauen, um diese Fragen angehen zu können (Monareng 2012).

Zuständigkeit für die spirituellen Bedürfnisse

Trotz bestehender Kontroversen, wird die systematische Erhebung von spirituellen Bedürfnissen bereits bei Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebserkrankung empfohlen (Coward & Kahn 2004; Taylor 2006; Thune-Boyle et al. 2006; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Puchalski 2012; Thune-Boyle et al. 2013; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016; Forouzi et al. 2017). Dabei können alle Fachpersonen des interdisziplinären Teams diese Bedürfnisse erheben. Jedoch ist vorstellbar, dass insbesondere Ärztinnen, Ärzte und Pflegefachpersonen die spirituellen Bedürfnisse strukturiert und systematisch erheben (Coward & Kahn 2004; Taylor 2006; Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Puchalski 2012; Hocker et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016; Forouzi et al. 2017). Dabei stellen Astrow et al. (2007), Beernaert et al. (2016) und Csef & Hefner (2007) ärztliche Fachpersonen in den Vordergrund und teilen ihnen die Aufgabe der Erhebung zu. Astrow et al. (2007), im Speziellen, betonen, dass bei der Erhebung der spirituellen Bedürfnisse Fingerspitzengefühl genauso unabdingbar ist wie das Fachwissen der ärztlichen Fachpersonen. Hingegen sehen Alder et al. (2011) und Puchalski (2012) die Aufgabe der Erhebung klar im interprofessionellen Team. Dabei ist es erwünscht, dass beispielsweise Pflegefachpersonen die Erhebung übernehmen. Die Erkenntnisse sollen dann im interprofessionellen Team diskutiert und mög-

liche Lösungsansätze identifiziert werden. Für die Erhebung durch Pflegefachpersonen votieren Coward & Kahn (2004); Taylor (2006); Thune-Boyle et al. (2006); Monareng (2012); Thune-Boyle et al. (2013); Ramezani et al. (2014) sowie Forouzi et al. (2017). Basierend auf diesen Erkenntnissen können die Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebserkrankung spezialisierten Fachpersonen wie Seelsorgerinnen und Seelsorgern oder anderen Vertreterinnen, Vertreter spezifischer Religionsgemeinschaften zugeführt werden oder auch Psychoonkologinnen, Psychoonkologen (Gordon & Mitchell 2004; Cook et al. 2012; Kevern 2012; Puchalski 2012; Beernaert et al. 2016).

Wichtig beim Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse ist sich zunächst eine gewisse Sensibilität und Fingerspitzengefühl. Es ist sehr zentral, dass Fachpersonen sich nicht hinreißen lassen, den Patientinnen und Patienten oder auch deren Angehörigen etwas aufdrücken zu wollen (Astrow et al. 2007). Weiter wird von Fachpersonen, unabhängig des jeweiligen fachlichen Hintergrunds, erwartet, dass sie für sich ihre eigene Haltung und Vorstellungen zu Spiritualität geklärt haben (Kevern 2012; Monareng 2012). Als Unterstützung benötigen Fachpersonen eine institutionelle Klärung in Bezug auf das Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse. Dabei können wichtige Informationen oder auch institutionsweite Schulungen sowie eine gemeinsame Haltung angeboten werden (Gordon & Mitchell 2004; Kevern 2012). Fachpersonen können Spiritual Care anbieten, unabhängig von ihrem eigenen Glauben oder ihren Überzeugungen (Kevern 2012; Monareng 2012).

In den allgemeinen Zielsetzungen bezüglich des Medizinstudiums in der Schweiz sollen angehende Ärztinnen und Ärzte lernen, neben „Kontext und Hintergrund der Patientinnen und Patienten auch deren Familiensituation, soziale, kulturelle und spirituelle Faktoren“ zu berücksichtigen (Joint Commission of the Swiss Medical Schools et al. 2008). Auch bei Pflegefachpersonen besteht die Pflicht, den spirituellen, religiösen und kulturellen Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten zu begegnen (Ledger 2005). In der Schweiz beinhalten die Abschlusskompetenzen für Pflegefachpersonen das Erhalten und Beachten der Würde jedes Menschen (Gruppe der Grundausbildungsinstitutionen und Praxisorte für die Pflege Schweiz 2017). Auch Psychoonkologinnen und Psychoonkologen haben einen ähnlichen Auftrag gegenüber Patientinnen und Patienten (Hebert et al. 2009; Alder et al. 2011; Noyon & Heidenreich 2012). Diese Erwartung an ärztliche, pflegerische oder psychoonkologische Fachpersonen entbindet die Seelsorgerinnen, Seelsorger oder andere Vertreterinnen und Vertreter von religiösen Gemeinschaften gar nicht ihrer Kernaufgabe, auf spirituelle Anliegen von Patientinnen und Patienten zu einzugehen (Peng-Keller 2016, 2017).

Sinclair & Chochinov (2012) unterstreichen die Wichtigkeit der Rolle von Seelsorgerinnen, Seelsorger oder andere Vertreterinnen und Vertreter von religiösen Gemeinschaften in onkologischen Behandlungsteams.

Basierend auf der Literatur kann festgehalten werden, dass Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose eine aktive Rolle der Fachpersonen in Bezug auf spirituelle Bedürfnisse begrüßen (Coward & Kahn 2004; Taylor 2006; Thune-Boyle et al. 2006; Astrow et al. 2007; Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Thune-Boyle et al. 2013; Hocker et al. 2014; Ramezani et al. 2014; Jim et al. 2015; Beernaert et al. 2016; Forouzi et al. 2017). Insbesondere bei Therapieentscheidungen wünschen sich Patientinnen und Patienten eine aktive Rolle der ärztlichen Fachpersonen. Dieser Wunsch ist unabhängig davon, ob die Betroffenen beispielsweise in Kontakt mit Seelsorgern oder anderen Spezialistinnen und Spezialisten für Spiritualität stehen (Csef & Hefner 2007; Hebert et al. 2009; Jim et al. 2015).

Die Limitationen dieser Übersichtsarbeit sind folgende: Zunächst wurde hauptsächlich auf Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose fokussiert. Diese Gruppe von Patientinnen und Patienten ist kaum erforscht, auch nicht in den Vereinigten Staaten. Es fehlen beispielsweise detailliertere Angaben zu Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Krebsarten. Möglicherweise spielen spirituelle Anliegen bei Frauen mit Brustkrebs eine zentralere Rolle als bei Patientinnen und Patienten mit Darmkrebs. Die Suche beschränkte sich auf die Datenbank Medline. Daraus gingen viele Artikel hervor, die einen pflegewissenschaftlichen Hintergrund hatten. Insbesondere Literatur von Seelsorgerinnen, Seelsorgern oder anderen Vertreterinnen und Vertretern religiöser Gemeinschaften konnten nicht gefunden werden. Es ist durchaus möglich, dass eine ausgedehnte Literatursuche in anderen Datenbanken wie Web of Science oder sogenannten graue Literatur weitere und andere Angaben liefern würde. Entsprechend sind die hier dargestellten Erkenntnisse mit der gebotenen Vorsicht einzuordnen. Schließlich lässt sich festhalten, dass die geografische Übermacht der Vereinigten Staaten hier nicht direkt bestätigt wird. Immerhin die Mehrheit der gefundenen Artikel hat ein anderes Ursprungsland.

Schlussfolgerungen

Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose und zu Beginn des Behandlungspfads der Erkrankung haben spirituelle Bedürfnisse. Häufig werden diese nicht systematisch erhoben und es wird kaum darauf eingegan-

gen. Jedoch können offene spirituelle Bedürfnisse Beeinträchtigungen der Gesundheit, Anpassungsfähigkeit sowie des Umgangs mit der Situation nach sich ziehen. Es ist daher wichtig, die spirituellen Bedürfnisse bereits früh im Behandlungspfad zu erheben. Dazu existieren verschiedene Instrumente, die hier nur teilweise aufgeführt sind.

Das Erfassen und Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse kann von Fachpersonen im interdisziplinären Team erfolgen. Insbesondere Ärztinnen, Ärzte sowie Pflegefachpersonen können beitragen, die spirituellen Bedürfnisse bei Patientinnen und Patienten mit einer neuen Krebsdiagnose zu erheben. Je nach Bedarf ist eine Überweisung an spezialisierte Fachpersonen notwendig. Patientinnen und Patienten wünschen sich hier ein stärkeres Engagement. Ärztliche, pflegerische sowie psychoonkologische Fachpersonen haben den Auftrag, den spirituellen Bedürfnissen von Patientinnen und Patienten zu begegnen. Jedoch bleibt die zentrale Rolle doch bei den Seelsorgerinnen und Seelsorgern oder anderen Vertreterinnen, Vertreter von Religionsgemeinschaften. Wichtig ist insbesondere auch, dass der Rahmen im institutionellen Umfeld geklärt ist.

Interessenkonflikt: Die Autorinnen bestätigen, dass kein Interessenkonflikt vorliegt.

Literatur

- Alder J, Künzler A, Strittmatter R (2011) Eine Krankheit kommt selten allein. Bei körperlichen chronischen Erkrankungen darf die Psyche nicht vergessen gehen. *Care Management* 4:1–4.
- Allmon AL, Tallman BA, Altmaier EM (2013) Spiritual growth and decline among patients with cancer. *Oncology Nursing Forum* 40:559–565.
- Astrow AB, Wexler A, Texeira K, He MK, Sulmasy DP (2007) Is failure to meet spiritual needs associated with cancer patients' perceptions of quality of care and their satisfaction with care? *Journal of Clinical Oncology* 25:5753–5757.
- Baker P, Beesley H, Fletcher I, Ablett J, Holcombe C, Salmon P (2016) 'Getting back to normal' or 'a new type of normal'? A qualitative study of patients' responses to the existential threat of cancer. *European Journal of Cancer Care* 25:180–189.
- Balboni TA, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, Puchalski CM, Sinclair S, Taylor EJ, Steinhauser KE (2017) State of the science of spirituality and palliative care research Part II: Screening, assessment, and interventions. *Journal of Pain and Symptom Management* 54:441–453.
- Ballif M (2015). *Explorer les perceptions de la spiritualité en lien avec l'anxiété*. Lausanne: University of Lausanne.
- Beernaert K, Pardon K, van den Block L, Devroey D, De Laat M, Geboes K, Surmont V, Deliens L, Cohen J (2016) Palliative care needs at different phases in the illness trajectory: a survey study in patients with cancer. *European Journal of Cancer Care* 25: 534–543.

- Belcher AE, Griffiths M (2005) The spiritual care perspectives and practices of hospice nurses. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 7:1–9.
- Carlson HA (2014) The 12-minute journey. *Narrative Inquiry in Bioethics* 4:192–193.
- Cook CC, Breckon J, Jay C, Renwick L, Walker P (2012) Pathway to accommodate patients' spiritual needs. *Nursing Management* 19:33–37.
- Corn BW, Chochinov HM, Vachon M (2012) Integrating spiritual care into the practice of oncology. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 6:226–227.
- Coward DD, Kahn DL (2004) Resolution of spiritual disequilibrium by women newly diagnosed with breast cancer. *Oncology Nursing Forum* 31:E24–E31.
- Csef H, Hefner J (2007) [Spirituality and cancer]. *MMW Fortschritte der Medizin* 149:35–36, 38.
- Delgado-Guay MO (2014) Spirituality and religiosity in supportive and palliative care. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 8:308–313.
- Ferrell B, Connor SR, Cordes A, Dahlin CM, Fine PG, Hutton N, Leenay M, Lentz J, Person JL, Meier DE, Zuroski K (2007) The national agenda for quality palliative care: the National Consensus Project and the National Quality Forum. *Journal of Pain and Symptom Management* 33:737–744.
- Forouzi MA, Tirgari B, Safarizadeh MH, Jahani Y (2017) Spiritual needs and quality of life of patients with Cancer. *Indian Journal of Palliative Care* 23:437–444.
- Frick E, Peng-Keller S (2017) „Spiritual Care“ im Plural. *Spiritual Care* 6:151–152.
- Gaillard Desmedt S. (2013) *Bien-être spirituel et stratégies de coping des patients atteints de cancer*. Lausanne: Université de Lausanne, Faculté de biologie et médecine et Haute Ecole spécialisée de Suisse occidentale, domaine Santé.
- Gaillard Desmedt S, Shaha M (2013) Le rôle de la spiritualité dans les soins infirmiers : une revue de littérature. *Recherche en Soins Infirmiers* 115:19–35.
- Gordon T, Mitchell D (2004) A competency model for the assessment and delivery of spiritual care. *Palliative Medicine* 18:646–651.
- Groot M, Ebenau AF, Koning H, Visser A, Leget C, van Laarhoven HW, van Leeuwen R, Ruben R, Wulp M, Garssen B (2017) Spiritual care by nurses in curative cancer care: protocol for a national, multi-centre, mixed method study. *Journal of Advanced Nursing* 73:2201–2207.
- Gruppe der Grundausbildungsinstitutionen und Praxisorte für die Pflege Schweiz (2017) Abschlusskompetenzen der Bacheloraus-bildung in der Pflege Schweiz. Bern: Gruppe der Grundausbildungsinstitutionen und Praxisorte für die Pflege Schweiz.
- Hebert R, Zdaniuk B, Schulz R, Scheier M (2009) Positive and negative religious coping and well-being in women with breast cancer. *Journal of Palliative Medicine* 12:537–545.
- Henoch I, Danielson E (2009) Existential concerns among patients with cancer and interventions to meet them: an integrative literature review. *Psychooncology* 18:225–236.
- Hess D (2017) „Auch alte Bäume tragen Früchte.“ Der Beitrag der ressourcenorientierten Seelsorge in der palliativen Geriatrie. Bern: Universität Bern.
- Hocker A, Krull A, Koch U, Mehnert A (2014) Exploring spiritual needs and their associated factors in an urban sample of early and advanced cancer patients. *European Journal of Cancer Care* 23:786–794.
- Hodge DR (2005a) Developing a spiritual assessment toolbox: a discussion of the strengths and limitations of five different assessment methods. *Health & Social Work* 30:314–323.
- Hodge DR (2005b) Spiritual lifemaps: a client-centered pictorial instrument for spiritual assessment, planning, and intervention. *Social Work* 50:77–87.
- Hodge DR (2015) Administering a two-stage spiritual assessment in healthcare settings: a necessary component of ethical and effective care. *Journal of Nursing Management* 23:27–38.
- Jim HS, Pustejovsky JE, Park CL, Danhauer SC, Sherman AC, Fitchett G, Merluzzi TV, Munoz AR, George L, Snyder MA, Salsman JM (2015) Religion, spirituality, and physical health in cancer patients: A meta-analysis. *Cancer* 121:3760–3768.
- Jobin G (2012) Des religions à la spiritualité une appropriation biomédicale du religieux dans l'hôpital. Bruxelles: Lumen vitae, [diff. les Éd. du Cerf].
- Joint Commission of the Swiss Medical Schools, Bürgi H, Rindlisbacher B, Bader C, Bloch R, Bosman F, Gasser C, Gerke W, Humair JP, Im Hof V, Kaiser H, Lefebvre D, Schläppi P, Sottas B, Spinass GA, Stuck EA (2008). *Swiss Catalogue of Learning Objectives for Undergraduate Medical Training*. Bern: University of Bern.
- Karekla M, Constantinou M (2010) Religious coping and cancer: proposing an acceptance and commitment therapy approach. *Cognitive and Behavioral Practice* 17:371–381.
- Kellehear A (2000) Spirituality and palliative care: a model of needs. *Palliative Medicine* 14:149–155.
- Kevern P (2012) Who can give „spiritual care“? The management of spiritually sensitive interactions between nurses and patients. *Journal of Nursing Management* 20:981–989.
- Kissane DW (2000) Psychospiritual and existential distress. The challenge for palliative care. *Australian Family Physician* 29: 1022–1025.
- Kissane DW (2001) Demoralisation: its impact on informed consent and medical care. *Medical Journal of Australia* 175:537–539.
- Kristeller JL, Rhodes M, Cripe LD, Sheets V (2005) Oncologist Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS): patient acceptability and initial evidence of effects. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 35:329–347.
- Ledger SD (2005) The duty of nurses to meet patients' spiritual and/or religious needs. *British Journal of Nursing* 14:220–225.
- Lee V, Loiselle CG (2012) The salience of existential concerns across the cancer control continuum. *Palliative & Supportive Care* 10:123–133.
- Leung D, Esplen MJ (2010) Alleviating existential distress of cancer patients: can relational ethics guide clinicians? *European Journal of Cancer Care* 19:30–38.
- Lotzke D, Wiedemann F, Rodrigues Recchia D, Ostermann T, Sattler D, Ettl J, Kiechle M, Büssing A (2016) Iyengar-Yoga compared to exercise as a therapeutic intervention during (Neo)adjuvant Therapy in women with stage I-III breast cancer: health-related quality of life, mindfulness, spirituality, life satisfaction, and cancer-related fatigue. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine* 2016:5931816.
- Mehnert A, Braack K, Vehling S (2011) Sinnorientierte Interventionen in der Psychoonkologie. *Psychotherapeut* 56:394.
- Monareng LV (2012) Spiritual nursing care: A concept analysis. *Curationis* 35:28.
- Mühlstein V, Riese F (2013) Psychische Störungen und Palliative Care. *Schweizerisches Medizin-Forum* 13:626–630.

- Noyon A, Heidenreich T (2012) Existenzielle Perspektiven in Psychotherapie und Beratung. Weinheim: Beltz.
- palliative.ch. (2018). Task Force Spiritual Care (online). Bern: Schweizerische Gesellschaft für Palliative Medizin, Pflege und Begleitung (Zitierdatum: 12.02.2018), abrufbar unter <https://www.palliative.ch/de/fachbereich/task-forces/spiritual-care/>.
- Pargament KI, Smith BW, Koenig HG, Perez L (1998) Patterns of positive and negative religious coping with major life stressors. *Journal of the Scientific Study of Religion* 37:710–724.
- PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board (2018). Spirituality in cancer care (PDQ®): Health Professional Version. In PDQ® Supportive and Palliative Care Editorial Board (Hg.) Cancer information summaries. Bethesda, MD: National Cancer Institute.
- Peng-Keller S (2016) Spiritual Care als ärztliche Aufgabe? Schweizerische Ärztezeitung 97:598–600.
- Peng-Keller S (2017) Ansätze ärztlicher Spiritual Care. *Praxis* 106:1339–1343.
- Piderman KM, Kung S, Jenkins SM, Euerle TT, Yoder TJ, Kwete GM, Lapid MI (2015) Respecting the spiritual side of advanced cancer care: a systematic review. *Current Oncology Reports* 17:6.
- Pollard A, Burchell JL, Castle D, Neilson K, Ftanou M, Corry J, Rischin D, Kissane DW, Krishnasamy M, Carlson LE, Couper J (2017) Individualised mindfulness-based stress reduction for head and neck cancer patients undergoing radiotherapy of curative intent: a descriptive pilot study. *European Journal of Cancer Care* 26.
- Puchalski CM (2012) Spirituality in the cancer trajectory. *Annals of Oncology* 23 Suppl 3:49–55.
- Puchalski CM (2014) The FICA Spiritual History Tool #274. *Journal of Palliative Medicine* 17:105–106.
- Puchalski CM, Ferrell B (2010) Making health care whole: integrating spirituality into patient care. West Conshohocken, PA: Templeton Press.
- Ramezani M, Ahmadi F, Mohammadi E, Kazemnejad A (2014) Spiritual care in nursing: a concept analysis. *International Nursing Review* 61:211–219.
- Reinert KG, Koenig HG (2013) Re-examining definitions of spirituality in nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 69: 2622–2634.
- Roos P. (2012) Besoins spirituels des personnes atteintes d'un cancer. In IUFERS (Ed.) Masters theses. Lausanne: University of Lausanne, CHUV Centre Hospitalier Universitaire Vaudois, IUFERS.
- Shiu AT, Lee DT, Chau JP (2012) Exploring the scope of expanding advanced nursing practice in nurse-led clinics: a multiple-case study. *Journal of Advanced Nursing* 68:1780–1792.
- Sinclair S, Chochinov HM (2012) The role of chaplains within oncology interdisciplinary teams. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care* 6:259–268.
- Steinhauser KE, Fitchett G, Handzo GF, Johnson KS, Koenig HG, Pargament KI, Puchalski CM, Sinclair S, Taylor EJ, Balboni TA (2017) State of the science of spirituality and palliative care research Part I: definitions, measurement, and outcomes. *Journal of Pain and Symptom Management* 54:428–440.
- Taylor EJ (2006) Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. *Oncology Nursing Forum* 33:729–735.
- Thune-Boyle IC, Stygall JA, Keshtgar MR, Newman SP (2006) Do religious/spiritual coping strategies affect illness adjustment in patients with cancer? A systematic review of the literature. *Social Science & Medicine* 63:151–164.
- Thune-Boyle IC, Stygall J, Keshtgar MR, Davidson TI, Newman SP (2013) Religious/spiritual coping resources and their relationship with adjustment in patients newly diagnosed with breast cancer in the UK. *Psychooncology* 22:646–658.
- Visser A, Garssen B, Vingerhoets A (2010) Spirituality and well-being in cancer patients: a review. *Psychooncology* 19:565–572.
- Wallace HM. (2013). „Getting to the other side: an exploration of the head and neck cancer treatment experience“. Doctoral Thesis: University of Kentucky: Lexington KY.
- Weathers E, McCarthy G, Coffey A (2016) Concept analysis of spirituality: an evolutionary approach. *Nursing Forum* 51:79–96.
- Westman B, Bergenmar M, Andersson L (2006) Life, illness and death – existential reflections of a Swedish sample of patients who have undergone curative treatment for breast or prostatic cancer. *European Journal of Oncology Nursing* 10:169–176.
- WHO (2018a). Cancer. Key facts (online). (Zitierdatum 11.02.2018), abrufbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html#>.
- WHO. (2018b). Noncommunicable diseases. Key facts (online). (Zitierdatum 11.02.2018), abrufbar unter <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>.
- Yalom ID (2009) *Staring at the sun: overcoming the terror of death*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Zumstein-Shaha M, Cox CL (2017) *A theory of cancer care in health-care settings*. London: Routledge.

Biografische Angaben

Maya Zumstein-Shaha

Professorin für Pflegewissenschaft an der Berner Fachhochschule, Departement Gesundheit. Ihre akademische Laufbahn führte sie an die City University, School of Health Sciences in London, Grossbritannien, die Johns Hopkins University School of Nursing in Baltimore, Vereinigte Staaten sowie an die Universität Witten/Herdecke, Deutschland, Department Pflegewissenschaft. In ihrer Theorie zur Omnipräsenz von Krebs beschreibt sie das Erleben von Patientinnen und Patienten mit einer neudiagnostizierten Krebserkrankung. Ihre Expertise umfasst die psychosoziale Gesundheit inklusive spirituelle und existenzielle Fragestellungen von Patientinnen und Patienten mit Krebs sowie die Entwicklung und Einführung neuer Rollen für Pflegefachpersonen.

Judith Alder

Privatdozentin für Psychologie an der Universität Basel mit Schwerpunkt in Psychoonkologie. Sie ist in eigener psychoonkologischer Praxis tätig. In ihrer Habilitation in gynäkologischer Verhaltensmedizin an der Frauenklinik des Universitätsspitals Basel stellte die psychische Adaptation an eine Krebserkrankung einen ihrer wissenschaftlichen Schwerpunkte dar. Daneben befasst sie sich mit den existenziellen Ansätzen und sinnbasierten Interventionen in der psychoonkologischen Therapie, u. a. mit der Integration der Akzeptanz-Commitment-Therapie in der Psychoonkologie.

